



REGIONE CAMPANIA

Profesa



Studio

PASSI

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Regione Campania

2005

Il SSN italiano è fondato sui principi della universalità, dell'equità e della gratuità; ciò contribuisce a far sì che il nostro Paese abbia raggiunto traguardi straordinari in termini di stato di salute generale, tanto che la popolazione italiana è attualmente tra le più longeve del mondo.

Tuttavia l'evoluzione demografica, con un progressivo invecchiamento della popolazione, l'andamento epidemiologico delle malattie, con l'osservato aumento di patologie croniche, e lo sviluppo tecnologico, con l'auspicabile introduzione nella pratica clinica di farmaci e strumentazioni sempre più efficaci, pongono problemi di sostenibilità del SSN, visto i costi che lo Stato e le Regioni, già oggi alle prese con problemi finanziari, dovranno affrontare in futuro per garantire al cittadino l'assistenza a cui ha diritto.

È naturale quindi orientare l'attenzione della programmazione nazionale e regionale verso quelle misure che possono consentire di contrastare efficacemente l'evoluzione epidemiologica delle malattie croniche.

L'adozione di stili di vita non corretti è considerata un'emergenza sanitaria in tutti i Paesi del mondo, in particolare in quelli sviluppati. La diffusione di comportamenti considerati "a rischio" (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta) comporta un significativo aumento dell'incidenza di malattie croniche non trasmissibili.

Il miglioramento dello stato di salute di una comunità non può, pertanto, prescindere dalla conoscenza di quanto siano diffusi i comportamenti "a rischio" nella popolazione.

In questo ambito si inserisce il presente lavoro che ha permesso di acquisire, in breve tempo e con sufficiente affidabilità, conoscenze di effettivo interesse riguardo gli stili di vita della popolazione adulta residente in Campania, a fronte di un limitato impegno di risorse economiche.

La disponibilità di tali informazioni rappresenta, di per sé, un indubbio supporto all'attività di pianificazione di interventi di Sanità Pubblica finalizzati a invertire la tendenza all'aumento dei comportamenti considerati non salutari.

D'altra parte, i temi d'indagine coincidono, in larga parte, con le aree di interesse dell'attuale Piano Nazionale della Prevenzione, i cui principi ispiratori sono stati recepiti appieno nel Piano di Prevenzione della Regione Campania.

Intuendo le potenzialità della rilevazione relativa ai più importanti fattori di rischio per la salute, la Regione Campania, insieme all'Emilia Romagna, si è resa promotrice, nell'ambito del Progetto Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, della sperimentazione di un sistema di sorveglianza che, basato sull'attuale esperienza, possa fungere da utile strumento di verifica "in itinere" degli interventi di prevenzione attuati in Regione, relativi alle aree tematiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione Attiva 2005/2007.

L'iniziativa, che vede la Regione Campania protagonista a livello nazionale, è anch'essa un segnale di una sanità regionale che cambia e che vuole migliorarsi.

L'impegno personale è quindi quello di sostenere, insieme a questa, tutte le iniziative istituzionali che vanno nella direzione della tutela del cittadino e della garanzia del diritto alla salute.

L'Assessore alla Sanità
Angelo Montemarano

A cura di :

Angelo D’Argenzio¹, Renato Pizzuti²

1: Azienda Sanitaria Locale “Caserta 2”; 2: Osservatorio Epidemiologico Regionale – Regione Campania

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS ISS) dell’Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito

Con la supervisione di Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra (CNESPS ISS)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (CNESPS ISS)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Prof. Angelo Montemarano – Assessore alla Sanità, Regione Campania

Dott. Antonio Gambacorta – Dirigente Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria - Regione Campania

Si ringraziano i Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori dei Distretti Sanitari, Medici di Medicina Generale delle AA.SS.LL. ed i Sindaci dei comuni della Regione Campania per la preziosa collaborazione fornita.

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell’organizzazione dell’inchiesta e nell’esecuzione delle interviste:

Referenti Aziendali

(AV1) Natalino Minichiello, (AV2) Maria Antonietta Ferrara, (NA3) Filomena Peluso, (BN) Annarita Citarella, (CE1) Crescenzo Bove, (CE2) Angelo D’Argenzio, (NA1) Andrea Simonetti, (NA2) Antonino Parlato, (NA4) Giancarlo Manetta, (NA5) Francesco Giugliano, (SA1) Anna Luisa Caiazza, (SA2) Maria Grazia Panico, (SA3) Giuseppe Della Greca.

Aziende Sanitarie Locali - Regione Campania

Coordinatori Aziendali

(AV1) Antonio Di Gruttola, (AV2) Maria Rosaria Troisi, (BN) Elena Fossi, (CE1) Domenico Protano, (CE2) Maria Di Tella, (NA1) Luigi Esposito, (NA2) Giuseppina De Lorenzo, (NA3) Filomena Sibilio, (NA4) Gilda Panico, (NA5) Rosario Coluccio, (SA1) Antonio D’Alessandro, (SA2) Chiara Ronga, (SA3) Annamaria Trani.

Aziende Sanitarie Locali - Regione Campania

Intervistatori

(AV1) Nunzio Lucarelli, Francesco Natale, Raffaele Caruso; Angela Morone; (AV2) Gianluca Ferrara, Maria Flora Pagliuca, Elisa Iervolino, Mafalda Adda, Emilia Dente; (BN) Carmela Orlacchio, Giuseppe Rapuano, Ferdinando Maio, Ermelinda Zollo, Nicolino Porcaro, Michelina Napolitano, Giovanni Rubano, Ersilia Albini, Teresa Castaldi, Rita Pacifico; (CE1) Maria Castorio, Francesco De Vincenzo, Giovanni Compagnone, Andrea Quassone, Rosa Musella; (CE2) Antonio Di Caprio, Franco Cantile, Giovanna Di Matteo, Concetta Ianniello, Letizia Brongo, Franca Forgillo, Clara Crocillo, Maria Di Tella, Carmine Dongiacomo (NA1) Luisa D'Anna, Luigi Esposito, Marisa Melis, Emma Sandomenico, Linda Sorbilli (NA2) Antonella Musella, Marianna Faredo, Rosaria Granata, Emilia Lorigo, Sylvie Palomeras; (NA3) Regina Luongo, Maria Femiano, Giuseppina Faletto, Annamaria Lucariello, Maria Rosaria Romano, Maria Tucci; (NA4) Raffaella Aprano, Maria De Falco, Marianna Di Palma, Rossella Torino, Maria Tremante; (NA5) Annamaria Avino, Laura Boccia, Roberto Russo (SA1) Raffaella Sessa, Sara Belmonte, Anna Bianco, Maria Consiglia Spinelli, Vincenza De Martino, Antonio D'Alessandro; (SA2) Anna Bassano, Gerardina Ciaglia, Giovanna Imparato (SA3) Michelina Raimondo, Maria Pizino, Massimo Bufano, Mirta Barra, Anna Maria Trani.

Aziende Sanitarie Locali - Regione Campania

Responsabili Servizi di Epidemiologia & Prevenzione

(AV1) Natalino Minichiello, (AV2) Maria Antonietta Ferrara, (BN) Annarita Citarella, (CE1) Crescenzo Bove, (CE2) Angelo D'Argenzio, (NA1) Andrea Simonetti, (NA2) Antonino Parlato, (NA3) Filomena Peluso, (NA4) Raffaele Palombino, (NA5) Francesco Giugliano, (SA1) Anna Luisa Caiazzo, (SA2) Maria Grazia Panico (SA3) Giuseppe Della Greca

Aziende Sanitarie Locali - Regione Campania

Si ringraziano inoltre tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Angelo D'Argenzio 0823 587552/519 – dip.prev.epidemiologia@aslcaserta2.it

Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - Dipartimento di Prevenzione - Via Giotto – 81055 S. Maria C.V. (CE)

INDICE

| | |
|--|-----------|
| SINTESI | pag. vi |
| INTRODUZIONE | pag. viii |
| OBIETTIVI DELLO STUDIO | pag. ix |
| METODI | pag. xi |
| DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE | pag. 1 |
| Aspetti socio-demografici | pag. 1 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 2 |
| PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE | pag. 3 |
| Buona percezione del proprio stato di salute | pag. 3 |
| Giorni in cattiva salute percepiti al mese | pag. 4 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 4 |
| ATTIVITÀ FISICA | pag. 5 |
| Sedentari e attivi | pag. 5 |
| Promozione attività fisica | pag. 6 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 6 |
| ABITUDINE AL FUMO | pag. 7 |
| Distribuzione dell'abitudine al fumo | pag. 7 |
| Caratteristiche dei fumatori | pag. 8 |
| Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario | pag. 8 |
| Consigli sullo smettere di fumare | pag. 9 |
| Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori | pag. 9 |
| Esposizione al fumo in ambiente domestico | pag. 10 |
| Esposizione al fumo nel luogo di lavoro | pag. 10 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 10 |
| ABITUDINI ALIMENTARI | pag. 11 |
| Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno | pag. 11 |
| Quanti conoscono il "5 a day" | pag. 12 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 12 |
| CONSUMO DI ALCOL | pag. 13 |
| Quante persone bevono | pag. 13 |
| Quanti i bevitori a rischio | pag. 14 |
| Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge" | pag. 15 |
| Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario | pag. 16 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 17 |
| SICUREZZA STRADALE | pag. 18 |
| L'uso dei dispositivi di sicurezza | pag. 18 |
| Quanti guidano in stato di ebbrezza | pag. 19 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 19 |

| | |
|--|---------|
| VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE | pag. 20 |
| Quanti si vaccinano | pag. 20 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 20 |
| VACCINAZIONE ANTIROSOLIA | pag. 21 |
| Quante donne sono vaccinate | pag. 21 |
| Quante donne sono suscettibili | pag. 22 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 22 |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA | pag. 23 |
| L'ultima misurazione della pressione arteriosa | pag. 23 |
| Quanti sono ipertesi | pag. 24 |
| Come viene trattata l'ipertensione | pag. 25 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 25 |
| COLESTEROLEMIA | pag. 26 |
| Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo | pag. 26 |
| Quanti hanno livelli alti di colesterolemia | pag. 26 |
| Come viene trattata l'ipercolesterolemia | pag. 27 |
| Perché non si assumono farmaci | pag. 28 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 28 |
| SITUAZIONE NUTRIZIONALE | pag. 29 |
| Qual è lo stato nutrizionale della popolazione | pag. 29 |
| Quanti sono in eccesso ponderale | pag. 29 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 30 |
| CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE | pag. 31 |
| A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare | pag. 31 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 32 |
| SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO | pag. 33 |
| Quante hanno eseguito un pap test | pag. 33 |
| Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni | pag. 34 |
| Consigliato il pap test | pag. 35 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 35 |
| SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA | pag. 36 |
| Quante hanno eseguito una mammografia | pag. 36 |
| Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni | pag. 37 |
| Consigliata la mammografia | pag. 38 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 39 |
| SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO | pag. 40 |
| Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto | pag. 40 |
| Conclusioni e raccomandazioni | pag. 41 |
| TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI | pag. 42 |
| BIBLIOGRAFIA | pag. 47 |

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: In Regione Campania sono state intervistate un campione casuale di 2518 persone, selezionate dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini con un'età media di 41 anni. La metà ha un livello di istruzione alto ed un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 38% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 27% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 40% del campione e solo il 30% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 28% si dichiara fumatore e il 14% ex fumatore. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena il 3% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario. A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 48% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari: Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e l'11% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 6% è forte bevitore ed il 5% è bevitore "binge"). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Si osserva invece un insoddisfacente livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza: il (76% delle persone intervistate dichiara l'uso continuo della cintura anteriore mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata sempre solo nel 10% degli intervistati). Il 7% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale: In media solo il 35% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 38%.

Ipertensione arteriosa: Si stima che sia iperteso un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni; il 71% di tale popolazione è in trattamento farmaceutico. Al 18% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia: Circa un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (20%), e, tra questi, il 27% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Una persona su cinque dichiara che non le è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale: È in sovrappeso il 38% del nostro campione mentre gli obesi sono il 12%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta e solo nel 18% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Carta di rischio cardiovascolare: Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare da parte dei medici (solo nel 10% degli ultra quarantenni intervistati).

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 62% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita ma soltanto il 49% l'ha eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 50% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (30%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena il 10% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

Introduzione

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscope dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

Obiettivi dello studio

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

6. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol

7. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco)
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici

8. Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

9. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione

10. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuato all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening

Metodi

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria delle ASL della regione Campania (aggiornato al 31.12.2004) . Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria delle rispettive ASL regionali. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i comuni.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da assistenti Sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza solo per la variabile principale.

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. È stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione aziendale

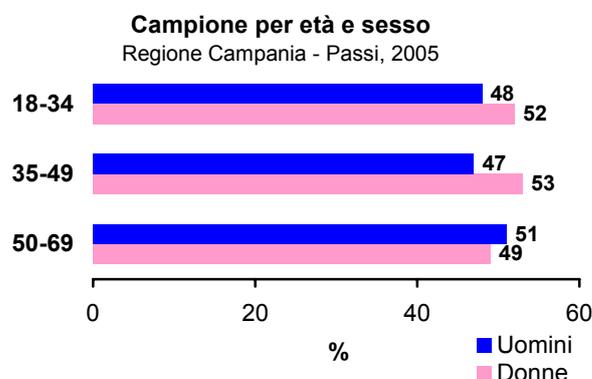
La popolazione in studio è costituita da 2518 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste di anagrafe sanitaria delle Aziende Sanitarie della Campania al 31/12/2004.

Le 2518 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 73 operatori sanitari: 1863 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 655 sono state sostituite (26%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Tra le ASL partecipanti si è registrato il 25% di sostituzioni e il 6% di rifiuti.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

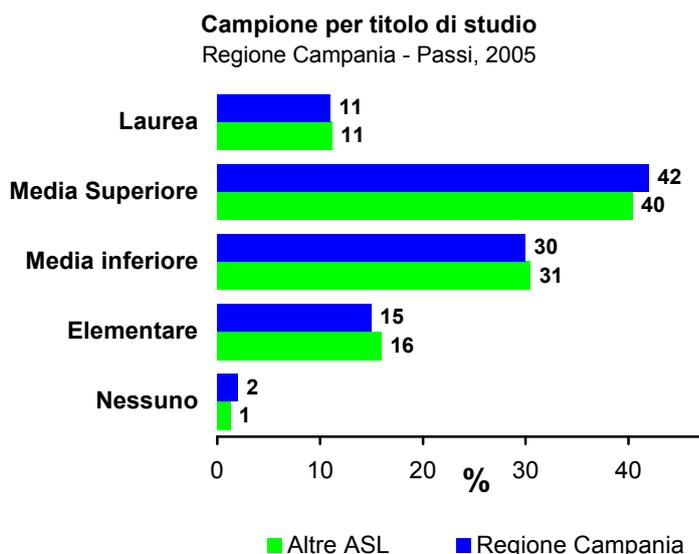
L'età e il sesso

- In Campania il 51% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 31% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 34% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella dell'ISTAT.



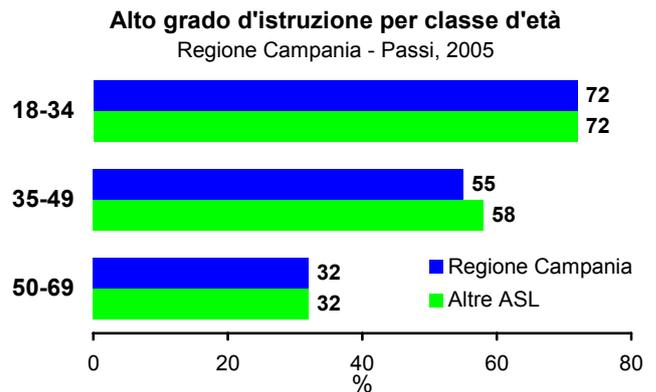
Il titolo di studio

- In Campania il 2% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 15% ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore, il 11% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.



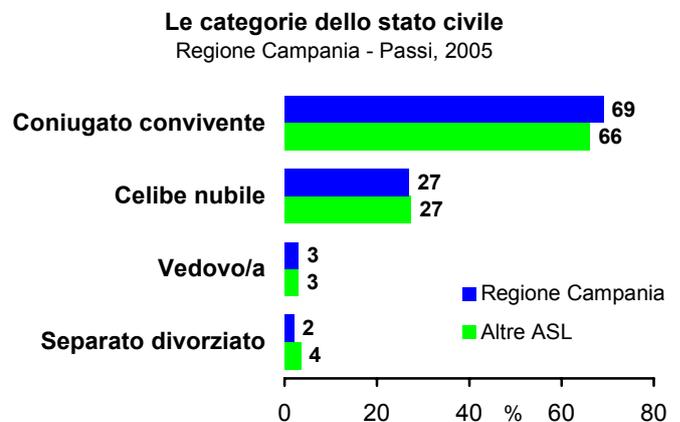
Il livello di istruzione

- Il 53% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.



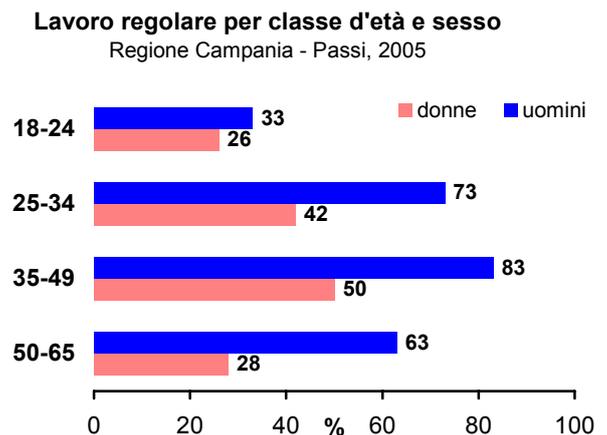
Lo stato civile

- In Campania i coniugati/conviventi rappresentano il 69%, celibi/nubili il 27%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 2%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.



Il lavoro

- Il 53% del campione regionale (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (38% vs 67%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione regionale, in Campania, è rappresentativo della popolazione e, pertanto, i risultati dello studio possono essere estesi all'intera popolazione. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani e le donne rappresenta, per l'intera regione, una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute ?

- In Regione Campania il 61,6% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.
- Tra tutte le ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

| Stato di buona salute percepito Regione Campania – Passi, 2005 | |
|---|-------------------------------------|
| Caratteristiche Demografiche | % |
| Totale | 61.6 (IC 95%: 59.6, 63.5) |
| Età | |
| 18 - 34 | 85.2 |
| 35 - 49 | 61.3 |
| 50 - 69 | 39.9 |
| Sesso | |
| M | 67.8 |
| F | 55.7 |
| Istruzione* | |
| bassa | 49.9 |
| alta | 72.1 |
| Patologia Severa** | |
| presente | 26.7 |
| assente | 69.8 |

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

** almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 70% circa delle degli intervistati delle ASL Caserta 1 e Napoli 5 al 54% delle ASL Salerno 2 ed Avellino 1: le differenze tra questi valori estremi risultano statisticamente significative.



Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese?

- In Regione Campania le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 2 giorni al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici e sono più limitate nelle loro abituali attività.
- Tra le ASL partecipanti in Italia il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

| Giorni in cattiva salute percepita Regione Campania – Passi, 2005 | | | |
|--|------------------|-----------------------|----------------------|
| Caratteristiche Demografiche | N° gg/mese per | | |
| | Motivi Fisici | Motivi Psicologici | Attività Limitata |
| Totale | 2.8 | 3.0 | 1.9 |
| Età | | | |
| 18 - 34 | 1.5 | 2.0 | 1.0 |
| 35 - 49 | 2.2 | 2.8 | 1.4 |
| 50 - 69 | 4.4 | 4.0 | 3.3 |
| Sesso | | | |
| M | 2.1 | 2.2 | 1.5 |
| F | 3.4 | 3.7 | 2.4 |

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello regionale valori in linea con l'indagine multiscopo 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In Regione Campania il 30.3% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 28.1% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 40.3% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone attive in linea con le raccomandazioni (range dal 41% delle ASL NA1 e NA2 al 13% della ASL NA5).

| Sedentarietà | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | Sedentari, %* |
| Totale | 40.3 (IC95%:38.4-42,3) |
| Età | |
| 18 - 34 | 36.6 |
| 35 - 49 | 39.2 |
| 50 - 69 | 44.9 |
| Sesso[^] | |
| uomini | 37.1 |
| donne | 43.4 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 44.7 |
| alta | 36.4 |

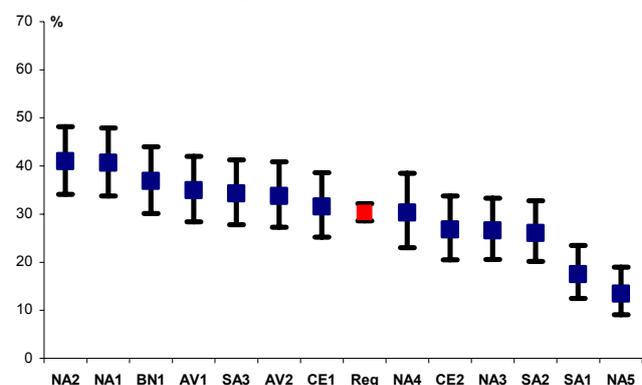
* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,001)

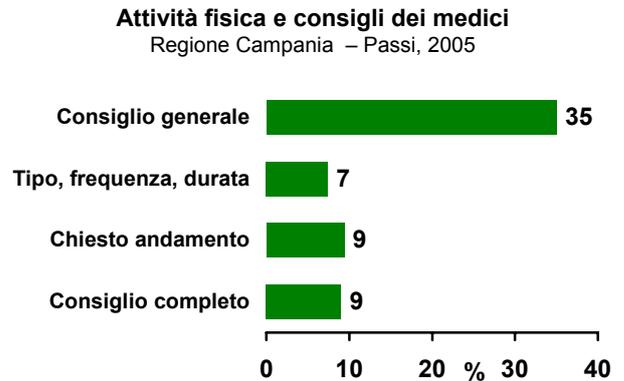
Persone che aderiscono alle Linee Guida o eseguono in lavoro fisicamente pesante (%)

AASSLL Regione Campania - Passi, 2005

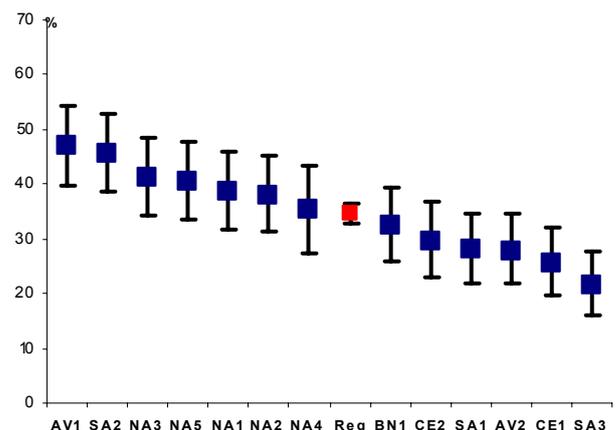


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro pazienti?

- Le persone intervistate riferiscono che il 34.7% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 34.9% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Soltanto il 9.2% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 9.1% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 7.2% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le 13 ASL della Regione la percentuale di popolazione che ha ricevuto consigli dal medico sull'attività fisica risulta più elevata per le ASL Avellino 1 e Salerno 2 rispetto al valore medio regionale. Meno frequente, invece, risulta la diffusione di tale pratica nelle ASL Caserta 1 e Salerno 3. In entrambi i casi le differenze risultano statisticamente significative.
- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7.4%.



Persone a cui il medico ha consigliato di effettuare attività fisica (%)
AASSLL Regione Campania - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 40% della popolazione della Regione Campania conduca uno stile di vita sedentario ed il 28% non pratici sufficiente attività fisica;

In un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale che danno consigli più dettagliati è inferiore a un quarto.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

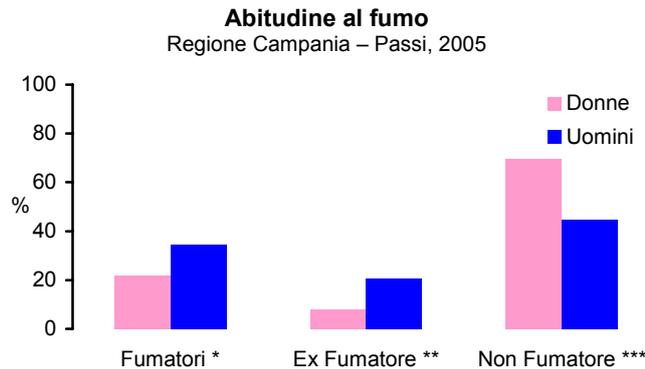
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- In Regione Campania i fumatori sono pari al 28.0%, gli ex fumatori al 14.2%, e i non fumatori al 57.5%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (34.3% versus 22.1%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (69.7% versus 44.8%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

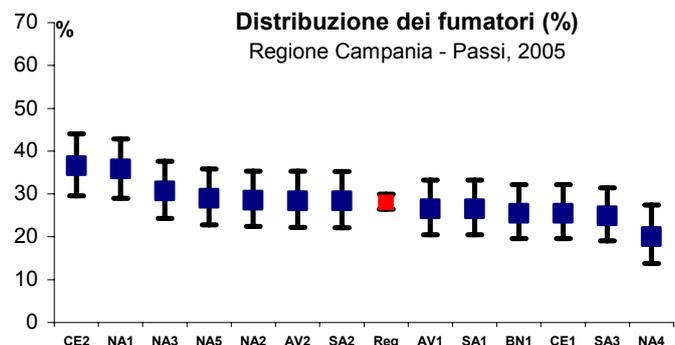
- Nelle ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 20% della ASL Napoli 4 al 37% della ASL Caserta 2).



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

***Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma



Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra gli adulti e tra gli uomini mentre non vi è molta differenza tra persone con diverso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 17 anni.
- In media si fumano circa 15 sigarette al giorno.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

| Fumatori | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Regione Campania - Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | % Fumatori* |
| Totale | 28.0 (IC95%:26.3-29.8) |
| Età, anni | |
| 18 - 24 | 25.9 |
| 25 - 34 | 30.7 |
| 35 - 49 | 32.2 |
| 50 - 69 | 23.0 |
| Sesso ^ | |
| M | 34.3 |
| F | 22.1 |
| Istruzione** | |
| bassa | 29.4 |
| alta | 26.8 |

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; differenze non statisticamente significative (p=0,16)

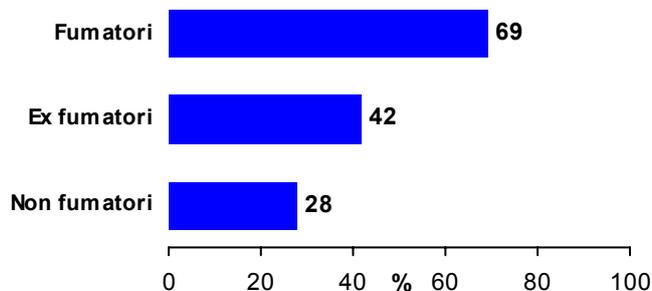
^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

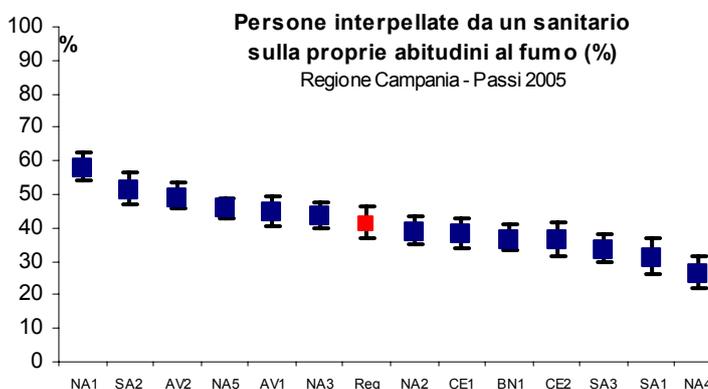
- Meno di un operatore sanitario su due (41%) si informa sui comportamenti dei propri pazienti in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 69% dei fumatori, il 42% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori.

% persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo

Regione Campania - Passi, 2005



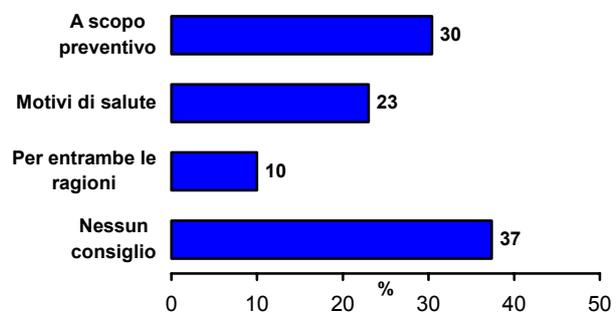
- Tra 13 ASL della Regione emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate più alta nelle ASL NA1 (58%) e SA2 (52%) e più bassa nelle ASL SA1 (31%) e NA4 (26%).



A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

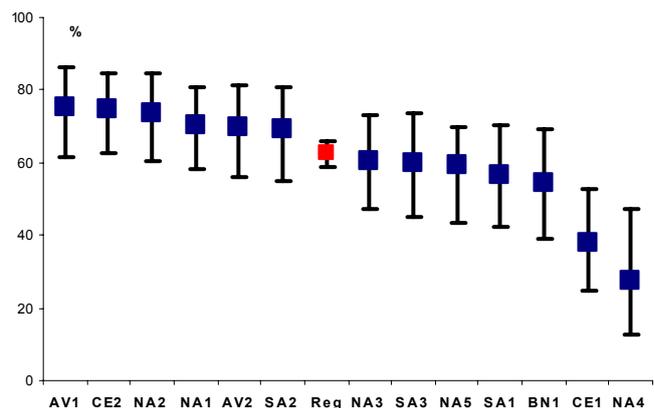
- Il 62.5% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (30.3%).
- Il 37.5% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
Regione Campania - Passi 2005



- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare varia dal 75% della ASL AV1 al 24% della ASL NA4.

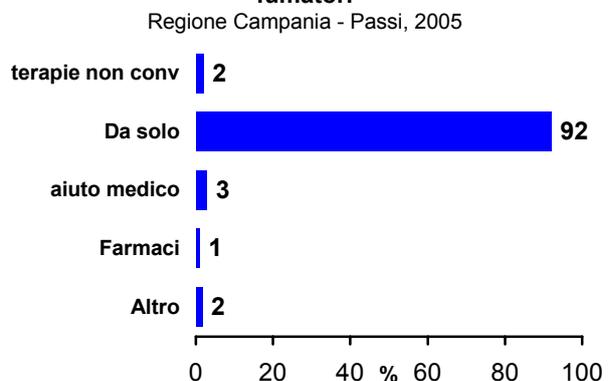
Fumatori cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di operatore sanitario (%)
Regione Campania - PASSI, 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 92.2% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo; 2.8% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

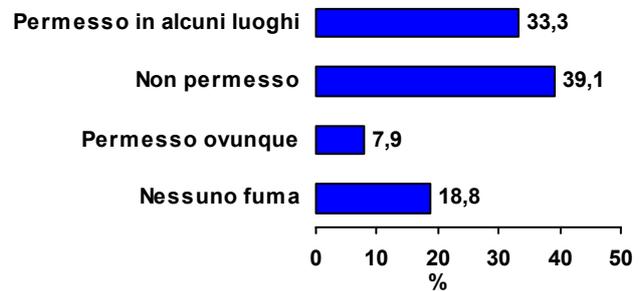
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 57.8% dei casi (39.1% non permesso; 18.8% nessuno fuma); nel restante 7.9% dei casi si fuma ovunque o in parte.

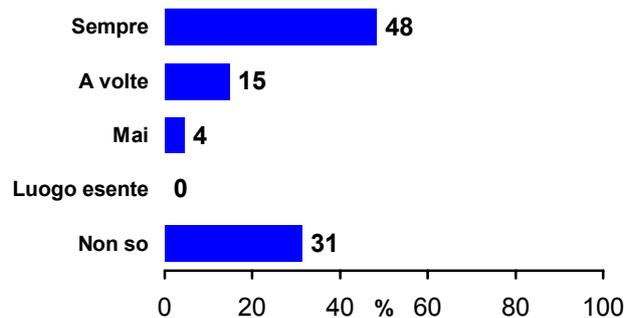
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
Regione Campania - Passi, 2005



Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 48.2% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori)
Regione Campania - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Elemento che desta preoccupazione, in Regione Campania, è l'elevata prevalenza di fumatori tra gli adulti, specialmente nella classe d'età dei 35 - 49enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno?

- In Regione Campania l' 88.1% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 10.6% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le donne e tra le persone con più elevato livello d'istruzione.
- Non si osservano invece differenze rilevanti dovute all'età.
- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che consuma frutta nelle quantità raccomandate (range dal 5% della ASL NA4 al 18% della ASL SA2).

| Abitudini alimentari Regione Campania – Passi, 2005 | |
|--|--|
| Caratteristiche demografiche | Adesione al "5 a day" ^{**} (%) |
| Totale | 10.6 (IC95%: 9.5-11.9) |
| Età | |
| 18 - 34 | 12.1 |
| 35 - 49 | 9.6 |
| 50 - 69 | 11.8 |
| Sesso [^] | |
| uomini | 8.9 |
| donne | 12.3 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 9.1 |
| alta | 12.0 |

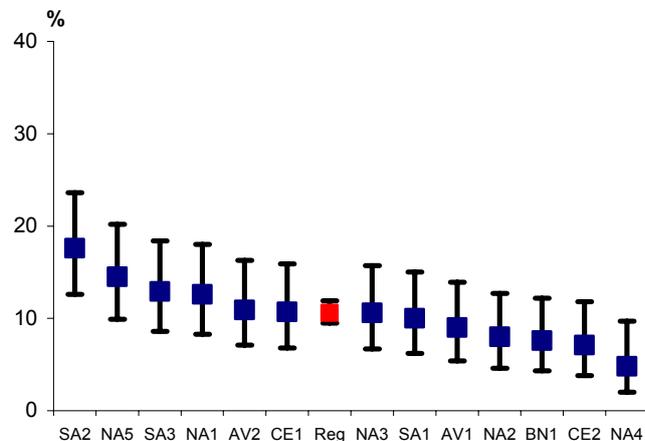
* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,04)

- Nelle ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

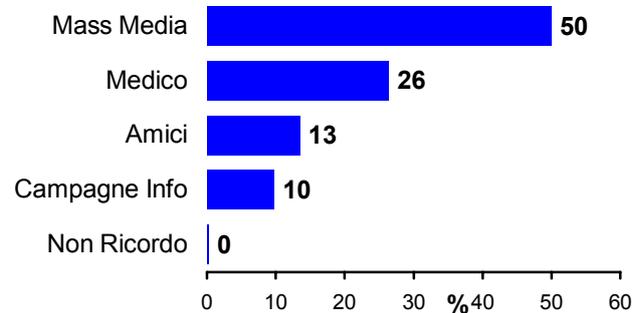
Persone che mangiano frutta 5 volte al giorno (%)
Regione Campania - Passi 2005



Quanti conoscono il "5 a day"? E da chi ne hanno sentito parlare?

% provenienza dell'informazione su 5 a day
Regione Campania – Passi, 2005

- Il 64.2% degli intervistati conosce il "5 a day" (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 26.3% dei casi da un medico (maggiore del valore del 19% nelle altre ASL).



Conclusioni e raccomandazioni

In Regione Campania la maggior parte delle presone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 10 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo potrebbe essere in parte attribuibile alla non sufficiente consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare, anche se oltre la metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e coloro che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quante persone consumano alcol?

- In Regione Campania la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 46.8%.
- Si sono osservati tassi lievemente più alti nei giovani e negli ultracinquantenni, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

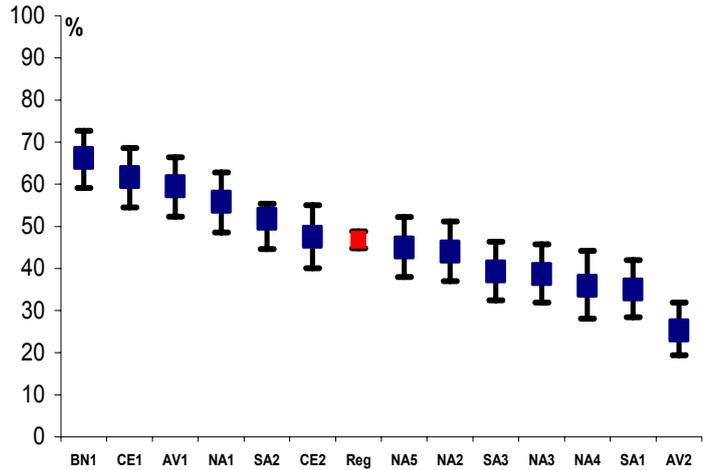
| Consumo di alcol Regione Campania – Passi, 2005 | |
|--|--|
| Caratteristiche demografiche | Persone che hanno bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese (%) |
| Totale | 46.8 (IC95%: 44.4-48.8) |
| Età, anni | |
| 18 - 24 | 47.9 |
| 25 - 34 | 46.2 |
| 35 - 49 | 45.2 |
| 50 - 69 | 48.3 |
| Sesso[^] | |
| uomini | 62.7 |
| donne | 31.6 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 41.4 |
| alta | 51.6 |

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze statisticamente significative ($p < 0,0001$)

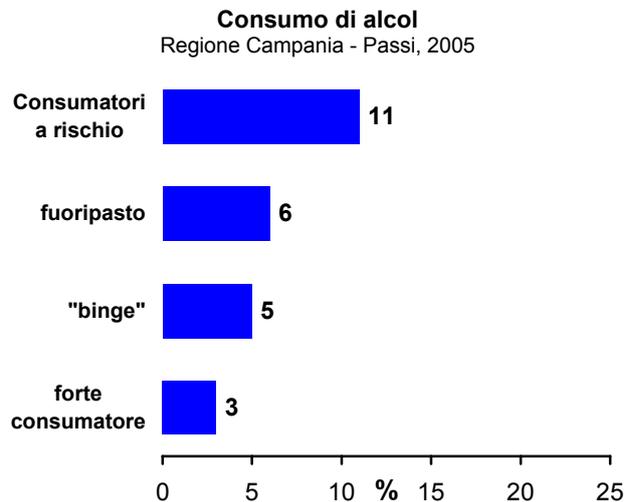
[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

- Nelle 13 ASL della Campania si registrano differenze significative nella prevalenza di persone che consumano alcol: l'abitudine è più frequente nella ASL BN1, CE1 e AV1 mentre risulta meno diffusa nelle popolazioni delle ASL AV2, SA1 e NA4.



Quanti sono bevitori a rischio?

- In un mese il 5,8% degli intervistati riferisce di avere bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 4,6% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 3,2% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Complessivamente l'11% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge").
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.



Quali sono le caratteristiche dei consumatori a rischio?

- Queste modalità di assunzione di alcol (fuoripasto o forte consumo o binge), considerate a rischio, risultano più diffuse in maniera rilevante tra i giovani (18-24 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello d'istruzione.

| Bevitori "a rischio" | |
|-------------------------------------|---|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | Bevitori "a rischio" %* (n=276) |
| Totale | 11 (IC95% 9.8-12.3) |
| Età, anni | |
| 18 - 24 | 14.1 |
| 25 - 34 | 11.9 |
| 35 - 49 | 9.0 |
| 50 - 69 | 10.2 |
| Sesso[^] | |
| M | 17.4 |
| F | 4.8 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 10.7 |
| alta | 11.2 |

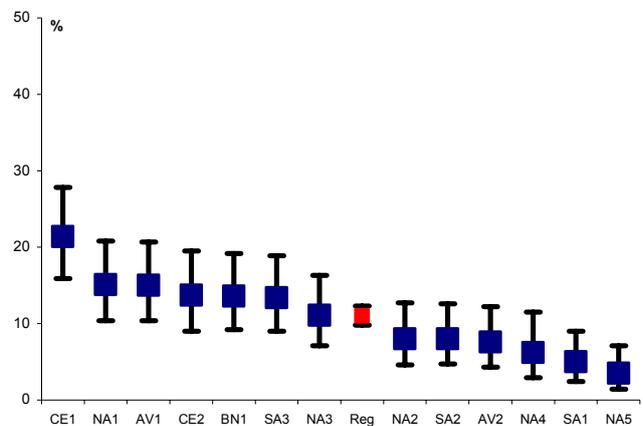
* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una bevanda alcolica fuori pasto o più di tre unità/giorno per i maschi e più di due per le femmine o 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza risulta statisticamente significativa ($p < 0,0001$).

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

- Nelle 13 ASL della regione con campione rappresentativo, la percentuale di "consumatori a rischio" assume differenza significativa in eccesso soltanto per la ASL CE1 (range dal 21% della ASL CE1 al 4% della ASL NA5).

Consumatori a rischio
(forti bevitori, bevitori fuori pasto e binge) %
Regione Campania - Passi, 2005



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol, ritenuto pericoloso (anche perché strettamente correlato con la sicurezza stradale), risulta più diffuso tra i giovani, (specialmente nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (15%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%) ma tale differenza non risulta statisticamente significativa.

| Bevitori "binge" | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | Bevitori "binge" %* (n=28) |
| Totale | 4.6 (95% CI 3.8-5.5) |
| Età, anni | |
| 18 - 24 | 6.1 |
| 25 - 34 | 4.6 |
| 35 - 49 | 3.8 |
| 50 - 69 | 4.8 |
| Sesso[^] | |
| M | 7.8 |
| F | 1.5 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 5.5 |
| alta | 3.8 |

* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza risulta statisticamente significativa ($p < 0,0001$).

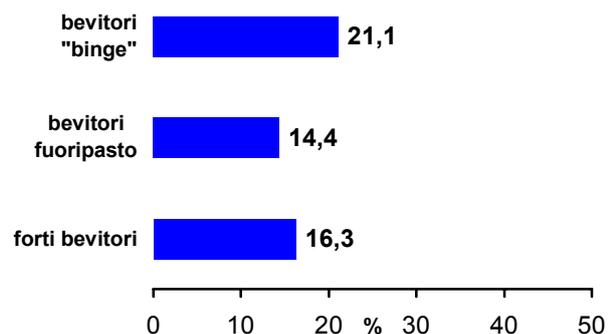
[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

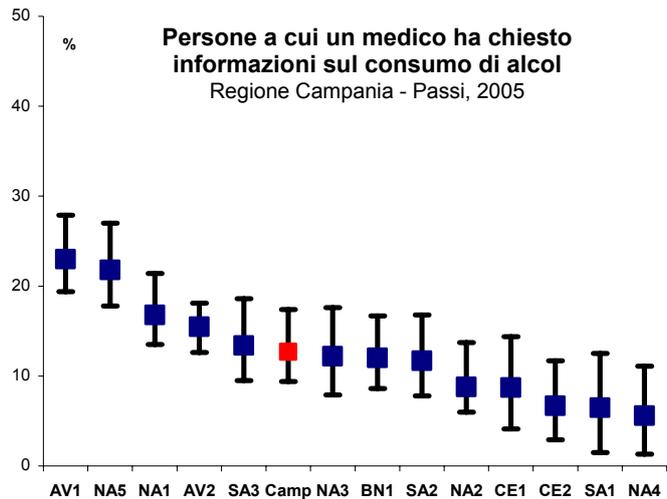
- In Regione Campania solo il 12.7% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che, negli ultimi 12 mesi, sono stati dal medico, solo il 21.1% dei "binge", il 14.4% di chi beve fuori pasto ed il 16.3% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Tra le ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere almeno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)

Regione Campania - Passi, 2005



- Tra le 13 ASL con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra alcune differenze statisticamente significative: i valori più alti nelle ASL AV1 (23%) e NA5 (22%) rispetto alle ASL SA1 e NA4 (6%).



Conclusioni e raccomandazioni

In Regione Campania si stima che meno della metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e poco più di uno su dieci abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono inferiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol Ed altrettanto raramente consigliano di moderare il consumo dell'alcol. I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol, sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

Sicurezza stradale

Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

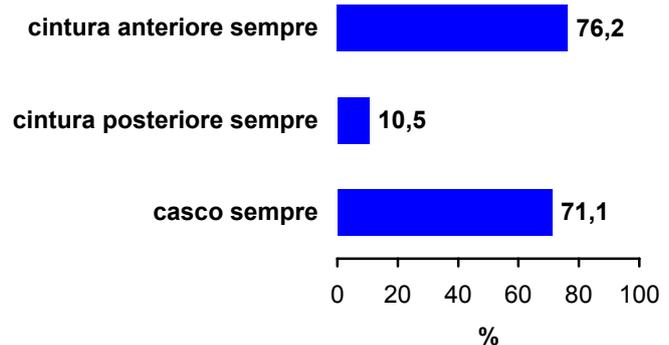
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Campania la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 76.2%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (10.5%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino soltanto il 71.1% riferisce di usare sempre il casco.

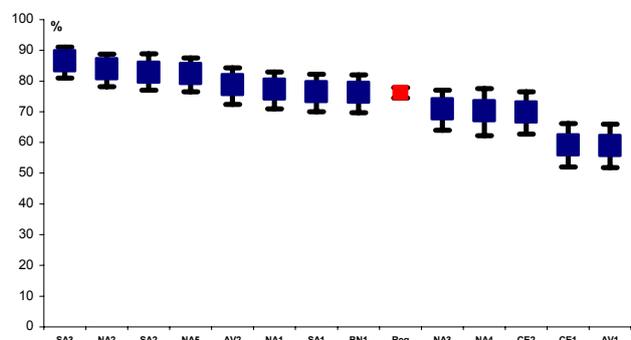
Uso dei dispositivi di sicurezza
Regione Campania – Passi, 2005



- Tra le 13 ASL campane con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano costantemente le cinture di sicurezza anteriori varia dai valori minimi dichiarati dagli intervistati delle ASL AV1 e CE1, significativamente al di sotto del valore medio regionale, ai valori più alti dichiarati tra i residenti della ASL SA3.
- Tra le ASL partecipanti in Italia le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

Persone che usano la cintura anteriore sempre (%)

Regione Campania - Passi, 2005



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 12% di coloro che hanno guidato dichiara di averlo fatto in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra le persone nella fascia d'età tra i 25 ed i 49 anni ed, in maniera rilevante, tra gli uomini.
- Il 7% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella 18-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (19% vs 2%).

| Guida in stato di ebbrezza | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | Guida in stato di ebbrezza* (%) |
| Totale | 5.8 (IC95%:4.9-6.8) |
| Età** | |
| 18 - 24 | 4.2 |
| 25 - 34 | 6.3 |
| 35 - 49 | 6.5 |
| 50 - 69 | 5.4 |
| Sesso*** | |
| M | 11.1 |
| F | 0.8 |
| Istruzione**** | |
| bassa | 6.5 |
| alta | 5.2 |

*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

**le differenze risultano statisticamente significative ($p = 0,05$)

*** le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,0000$)

**** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Campania si registra un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta, complessivamente inferiore rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso nella Regione Campania rispetto alle ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i maschi tra i 25 ed i 49 anni.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività. La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni e a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie.

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Il 18% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 61% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 35.2% risulta vaccinato.
- Non emergono differenze legate al sesso
- Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

| Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|
| Regione Campania - Passi, 2005 | | |
| Caratteristiche demografiche | | Vaccinati (%) |
| Totale | | 18 (IC95%:16.6- 19.6) |
| Età | ≥65 | 61.0 |
| | <65 | 14.1 |
| | <65 con almeno una patologia cronica | 35.2 |
| Sesso | uomini | 18.0 |
| | donne | 18.1 |
| Istruzione* | bassa | 22.6 |
| | alta | 14.0 |

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. La strategia adottata in Regione Campania mediante il coinvolgimento dei medici di medicina generale ha permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie solo una su tre risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento.

Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita.

La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile, ancora suscettibili, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=748)

Regione Campania - Passi, 2005

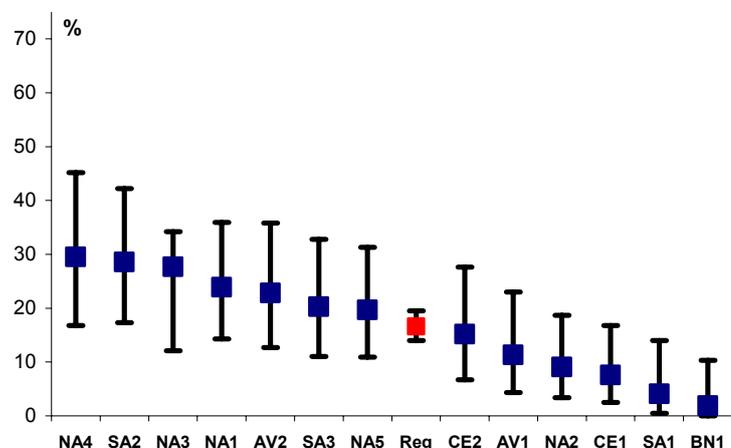
| Caratteristiche demografiche | Vaccinate, % | |
|------------------------------|-------------------------------------|------|
| Totale | 16.6 (IC95%: 14,0 – 19,5) | |
| Età | | |
| | 18-24 | 24.3 |
| | 25-34 | 17.5 |
| | 35-45 | 12.5 |
| Istruzione* | | |
| | bassa | 17.2 |
| | alta | 16.2 |

- Il 16.6% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 24.3% tra 18-24 anni al 12.5% tra 35-45 anni) e col livello d'istruzione basso.

*istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Donne 18-45 anni vaccinate contro la rosolia (%)

Regione Campania - Passi, 2005



- Nelle 13 Asl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dall'1.9 della ASL BN1 al 29.5 della ASL NA4).
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

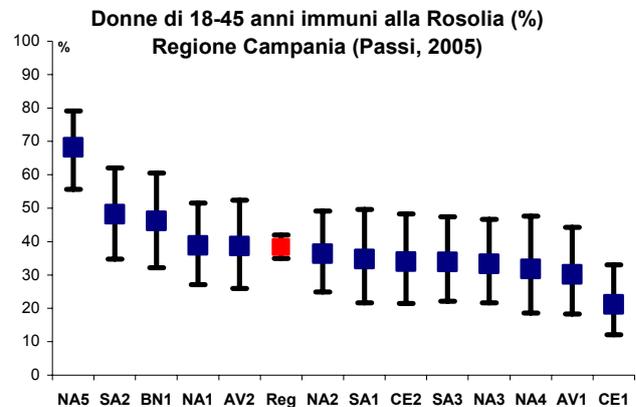
Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- In Campania il 39% circa delle donne di 18-45 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (17%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (22%).
- Il 4% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 57% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n=748) Regione Campania - Passi, 2005

| | % |
|--|-------------|
| Immuni | 38.4 |
| Vaccinate | 16.6 |
| Non vaccinate con rubeotest positivo | 21.8 |
| Suscettibili/stato sconosciuto | 61.6 |
| Non vaccinate; rubeotest negativo | 4.3 |
| Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto | 2.6 |
| Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato | 54.7 |

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate immuni alla rosolia è alla ASL NA5 (68%), la più bassa alla ASL CE1 (21%), in linea con la copertura vaccinale rilevata.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che soprattutto a livello regionale il numero di donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In regione Campania il 76.5% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 5.2% più di 2 anni fa, mentre il 18.1% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- Nelle 13 Asl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni varia dal 84% della ASL SA1 al 62% della ASL NA4.
- I dati locali sono in linea con i dati delle ASL partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
Regione Campania – Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | % * |
|------------------------------|----------------------------------|
| Totale | 76.7 (IC95%:74.9-78,3) |
| Età, anni | |
| 18 - 34 | 60.0 |
| 35 - 49 | 80.5 |
| 50 - 69 | 88.1 |
| Sesso | |
| uomini | 74.1 |
| donne | 79.0 |
| Istruzione* | |
| bassa | 79.5 |
| alta | 74.1 |

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: licenza media superiore o laurea

Quanti sono ipertesi?

- In Regione Campania il 25% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (45.5%); non emergono differenze rispetto al sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.

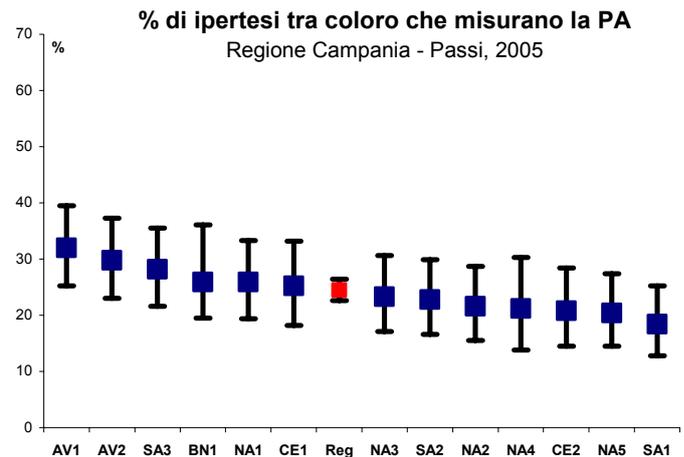
| Ipertesi | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | % * |
| Totale | 24,7 |
| | (IC 95% 22.8-26.6) |
| Età, anni[^] | |
| 18 - 34 | 7.1 |
| 35 - 49 | 15.2 |
| 50 - 69 | 45.5 |
| Sesso | |
| uomini | 26.0 |
| donne | 23.5 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 32.4 |
| alta | 17.3 |

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0000)

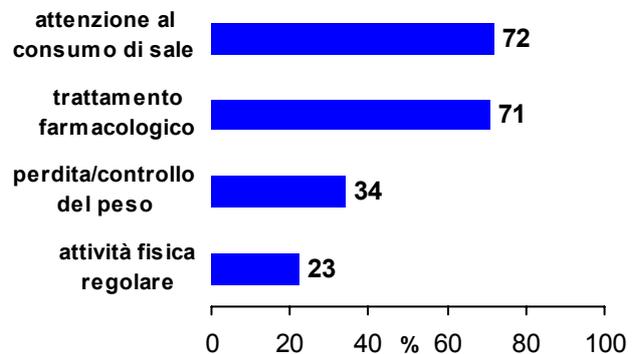
- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 32% della ASL AV1 al 18% della ASL SA1).
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.



Come viene trattata l'ipertensione?

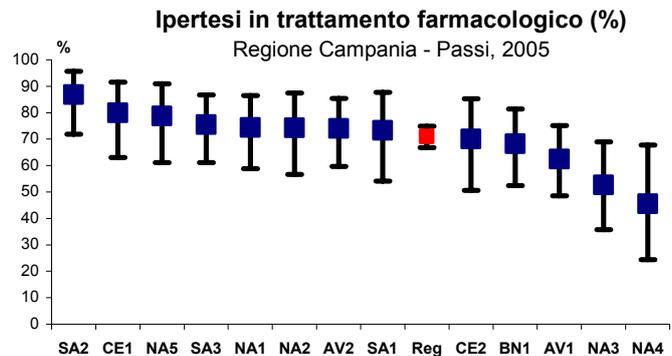
- Il 71% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (71.8%), controllando il proprio peso corporeo (34.4%) e svolgendo regolare attività fisica (22.7%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione**
Regione Campania – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

- Nelle 13 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di ipertesi che riferiscono di essere in trattamento farmacologico varia dall'87% della ASL SA2 al 45% della ASL NA4.



Conclusioni e raccomandazioni

In Regione Campania si stima che sia iperteso un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, circa la metà degli ultracinquantenni e circa il 7% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando abbastanza modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, si può controllare l'ipertensione attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerato sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclososi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- In Regione Campania il 77.0% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 61.6% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Questo valore percentuale non si differenzia in modo statisticamente significativo né per sesso né per istruzione.
- nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia nei 12 mesi precedenti è pari al 79%.

| Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo | |
|---|-------------------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | % |
| Totale | 77.0 (IC95%:75.3-78.6) |
| Età, anni | |
| 18 - 34 | 61.6 |
| 35 - 49 | 82.8 |
| 50 - 69 | 85.2 |
| Sesso | |
| M | 75.4 |
| F | 78.4 |
| Istruzione | |
| bassa | 79.6 |
| alta | 74.6 |

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 20% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Tra le 13 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone con ipercolesterolemia varia dal 26% della ASL AV2 al 12% della ASL SA1.

| Ipercolesterolemici | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Regione Campania – Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | % * |
| Totale | 19.6 (IC 95%17.8-21.4) |
| Età, anni[^] | |
| 18 - 34 | 5.8 |
| 35 - 49 | 17.9 |
| 50 - 69 | 30.5 |
| Sesso | |
| M | 18.9 |
| F | 20.3 |
| Istruzione^{** °} | |
| bassa | 23.5 |
| alta | 15.9 |

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia

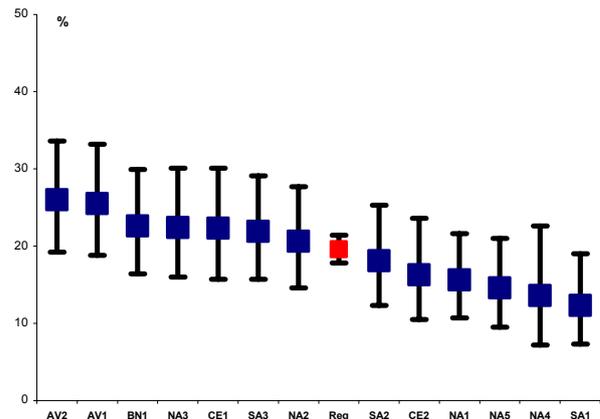
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

^{**} istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[°] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

Ipercolesterolemici tra le persone che dichiarano di aver eseguito la colesterolemia (%)
Regione Campania (PASSI, 2005)

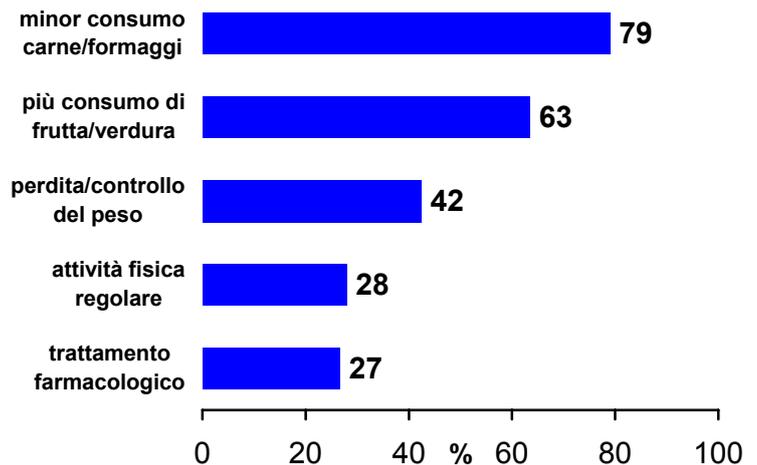
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.



Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

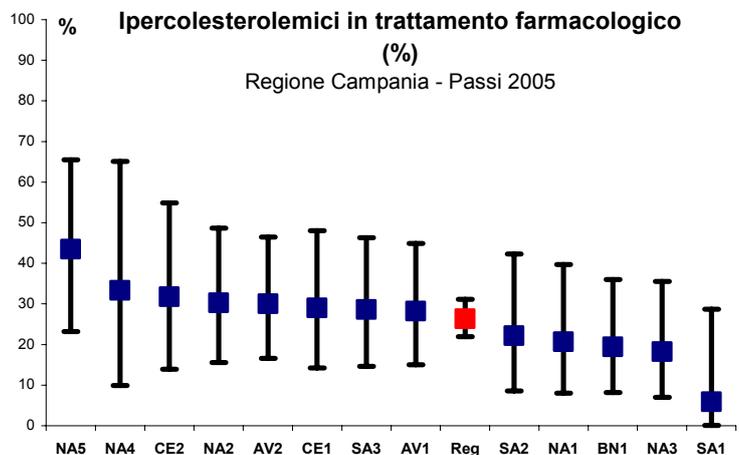
- Il 26.5% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (79.0%), aumentando il consumo di frutta e verdura (63.4%), controllando il proprio peso corporeo (42.4%) e svolgendo regolare attività fisica (27.9%).

Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia**
Regione Campania – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

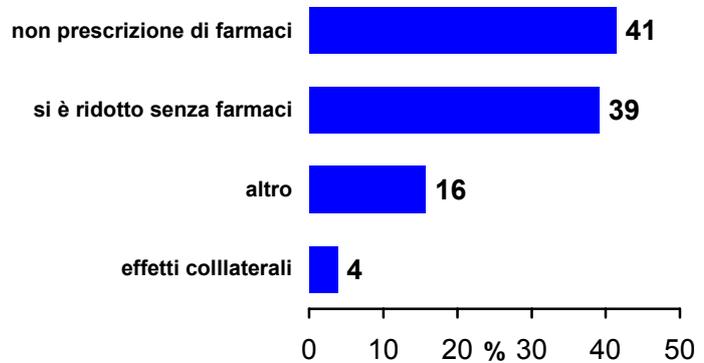
- Nelle 13 ASL con campione rappresentativo, la percentuale di ipercolesterolemici che riferisce di essere in trattamento farmacologico varia dal 43% della ASL NA5 al 6% della ASL SA1.



Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Il 41% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 39% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 4% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici
Regione Campania - Passi 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 23% della popolazione della Regione Campania non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa un quinto della popolazione totale tra 18 e 69 anni e 1 su 3 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre Asl partecipanti. Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o fanno attività fisica. Inoltre, sebbene molti possono trarre beneficio da un controllo non-farmacologico, le pratiche di prescrizione correnti andrebbero riesaminate, tenendo conto della presenza di altri fattori di rischio e del controllo raggiunto usando metodi non-farmacologici.

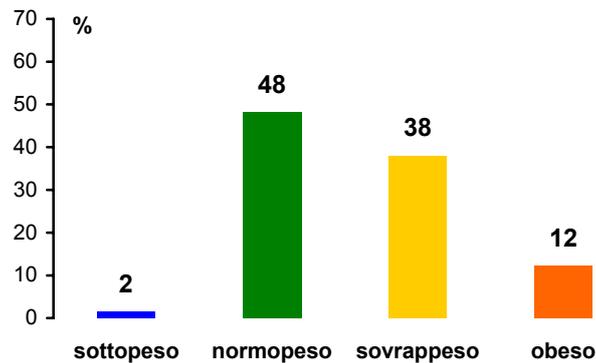
Situazione nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura. Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Caratteristiche ponderali della popolazione
Regione Campania – Passi, 2005

- Il 2% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 48% normopeso, il 38% sovrappeso ed il 12% obeso.



Quante persone sono in eccesso ponderale e cosa fanno per perdere peso?

- Si stima che il 50.2% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 67.1% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 25.1% svolge una dieta e il 17.7% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

Popolazione con eccesso ponderale [^]
Regione Campania – Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | | % |
|------------------------------|---------|--------------------------------|
| Totale | | 50.2 (IC 95% 48.3-52.2) |
| Età, anni* | | |
| | 18 – 24 | 26,2 |
| | 25 – 34 | 35,9 |
| | 35 – 49 | 50,2 |
| | 50 – 69 | 67,1 |
| Sesso** | | |
| | Uomini | 58,7 |
| | Donne | 42,1 |
| Istruzione *** ° | | |
| | bassa | 60,4 |
| | alta | 41,1 |

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,005)

** le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

*** le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

° istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

In Regione Campania si stima che il 50% della popolazione sia in eccesso ponderale, valore superiore al dato relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine (44%). Tra le persone in eccesso ponderale, solo una su quattro circa riferisce di seguire una dieta ed una su cinque riferisce di praticare attività fisica per perdere peso.

Appaiono pertanto opportuni interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre alla familiarità alla malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

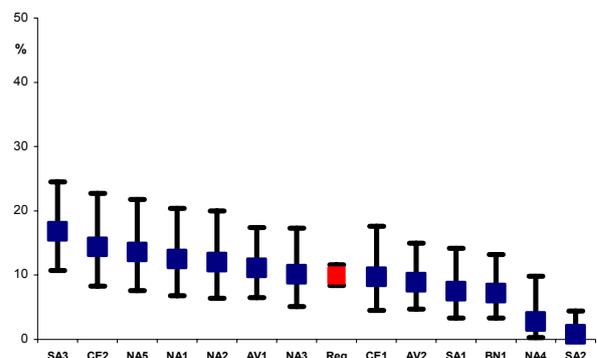
- In Regione Campania la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9.9%.

| Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Regione Campania – Passi, 2005 | |
|--|------------------------------|
| Caratteristiche demografiche | % * |
| Totale | 9.9 (IC 95% 8.4-11.6) |
| Età, anni | |
| 40 - 49 | 6.1 |
| 50 - 59 | 12.5 |
| 60 - 69 | 12.6 |
| Sesso | |
| uomini | 11.9 |
| donne | 8.0 |
| Istruzione* | |
| bassa | 10.9 |
| alta | 8.5 |

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo questa percentuale varia dall'17% della ASL SA3 all'1% della ASL SA1.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

Persone oltre i 40 anni cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Regione Campania - PASSI, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia in Regione Campania che nelle ASL partecipanti all'indagine. Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nella Regione Campania il 61.7% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età e tra le coniugate. Non si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 33 anni.

| Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni) | |
|--|-------------------------------|
| Regione Campania - Passi, 2005 | |
| Caratteristiche demografiche | Effettuato il pap test * |
| Totale | 61.7 (IC95%:58.6-64.7) |
| Età | |
| 25 - 34 | 43.3 |
| 35 - 49 | 68.1 |
| 50 - 64 | 67.6 |
| Stato civile[^] | |
| coniugata | 68.6 |
| non coniugata | 38.8 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 61.6 |
| alta | 61.7 |

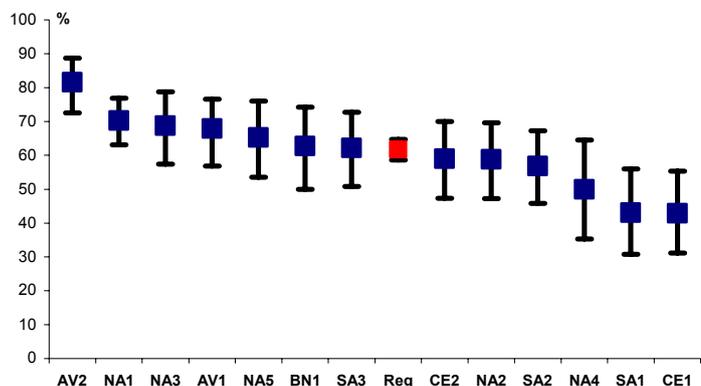
* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,001$)

Donne di 25-64 anni che hanno eseguito almeno un pap-test preventivo (%)

Regione Campania - PASSI, 2005

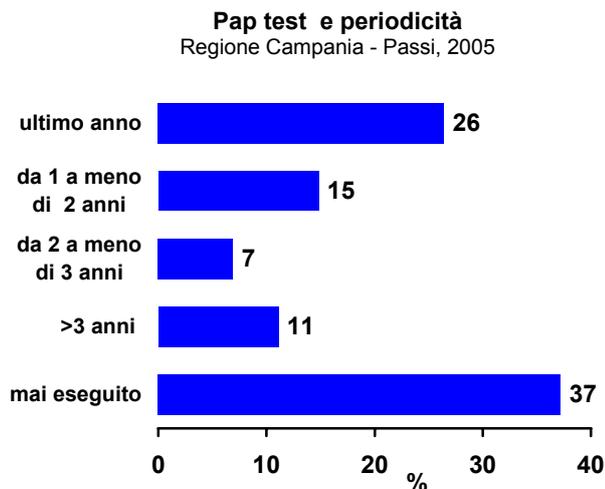


N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il pap-test preventivo è discreta con valori che vanno dall'82% della ASL AV2 al 43% della ASL CE1.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

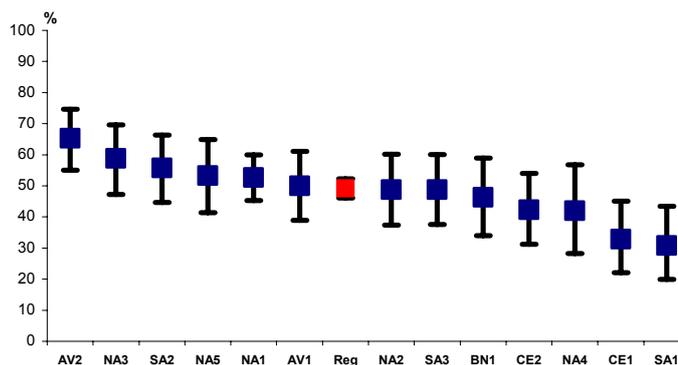
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- In Campania il 49% delle donne di 25-64 anni riferisce di aver eseguito l'ultimo pap-test negli ultimi tre anni, in linea con le raccomandazioni; il 26% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il 37% non ha mai eseguito un pap-test a scopo preventivo.



- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il pap-test negli ultimi tre anni non è alta (range dal 65% della ASL AV2 al 31% della ASL SA1).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

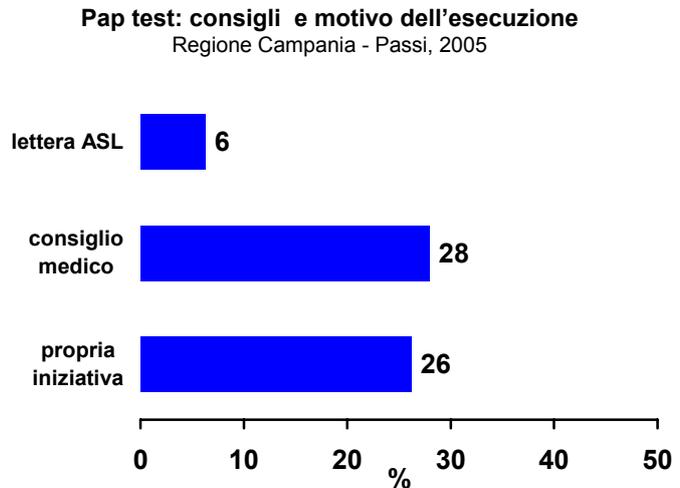
Donne di 25-64 anni che hanno eseguito almeno un un pap-test preventivo negli ultimi tre anni (%)
Regione Campania - PASSI, 2005



N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 63.3% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 35.9% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (6.3%), su consiglio medico (28.0%) e di propria iniziativa (26.2%).
- Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL 9 nel 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

La percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è inferiore rispetto alla media delle altre ASL. Anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni) è inferiore rispetto alla media delle altre ASL; meno di un terzo l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Considerando l'insieme dell'offerta, dentro e fuori dai programmi organizzati, si può stimare che siano numerose le donne che effettuano il pap test ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- In Regione Campania il 50.2% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è maggiore nelle coniugate. La percentuale è maggiore tra le donne tra 50 e 69 anni e tra quelle con una istruzione alta.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 49 anni, più bassa pertanto rispetto a quella alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

| Screening cancro della mammella (≥50 anni) Regione Campania - Passi, 2005 | | |
|---|---------------|--------------------------------|
| Caratteristiche demografiche | | Effettuata mammografia* |
| Totale | | 50.2 (IC95%:45.3- 55.1) |
| Età | 50 - 59 | 57.5 |
| | 60 - 69 | 42.6 |
| Stato civile[^] | coniugata | 50.7 |
| | non coniugata | 48.1 |
| Istruzione^{**} | bassa | 46,5 |
| | alta | 60.0 |

*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

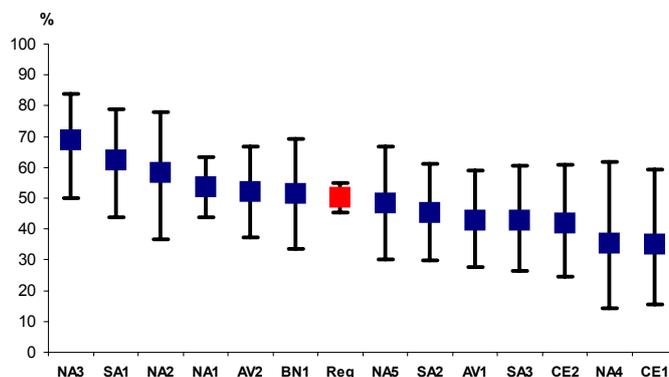
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,5)

Donne di 50-69 anni che hanno eseguito una mammografia preventiva (%)

Regione Campania - PASSI, 2005

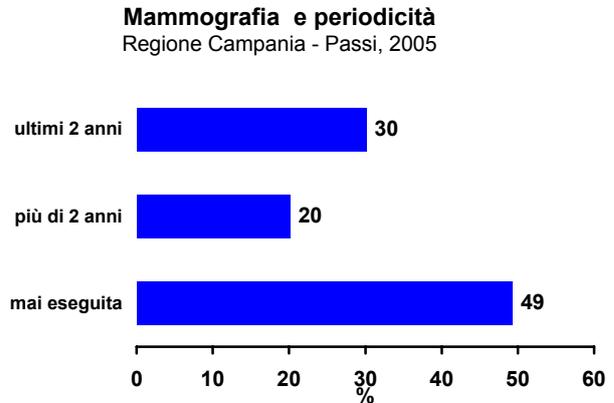
- Tra le 13 ASL regionali con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo (range dal 69% della ASL NA3 al 35% della ASL CE1).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.



N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

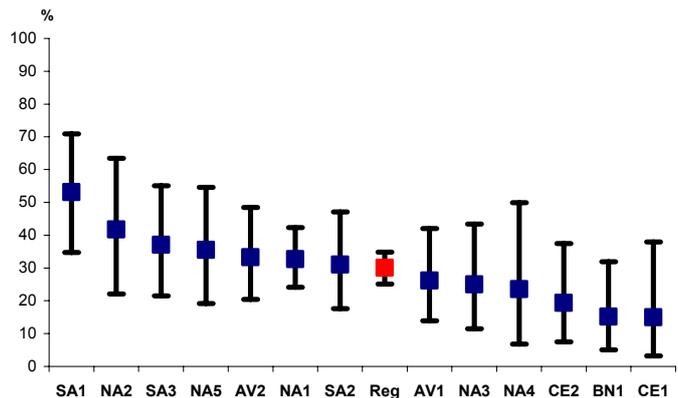
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- In Regione Campania il 30.1% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 20.1% più di 2 anni fa. Il 49.3% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.



- Tra le 13 ASL della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne che riferisce di aver effettuato la mammografia entro i 2 anni (range dal 53% della ASI SA1 al 15% della ASL CE1)
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

Donne di 50-69 anni che hanno eseguito una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (%)
Regione Campania - PASSI, 2005

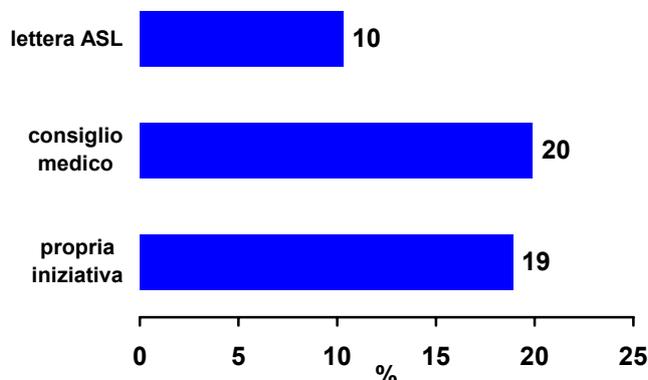


N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

Viene consigliata la mammografia alle donne?

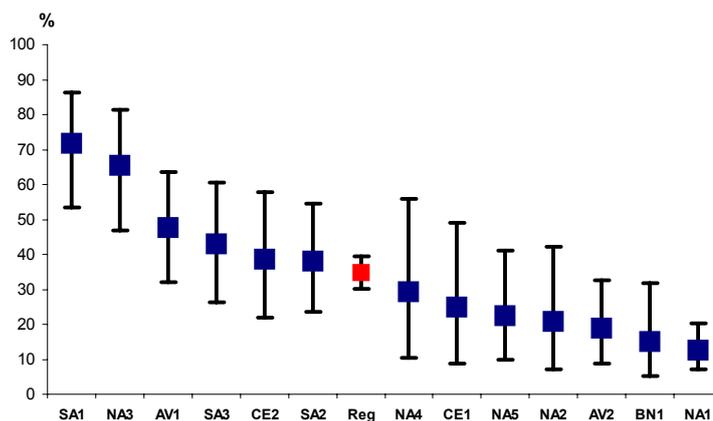
- Il 53.1% delle donne intervistate Campane tra i 50 ed i 69 anni ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 34.7% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 19.9% su consiglio medico, nel 18.9% di propria iniziativa e nel 10.3% in seguito ad una lettera di invito.

Ultima mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione
Regione Campania - Passi, 2005



- Nelle 13 ASL della Regione con campione rappresentativo il range per le donne che riferiscono di aver ricevuto la lettera d'invito va dal 72% della ASL SA1 al 6,5% della ASI Na1 mentre non emergono differenze significative nella percentuale di donne che hanno ricevuto il consiglio del medico ad effettuare la mammografia.

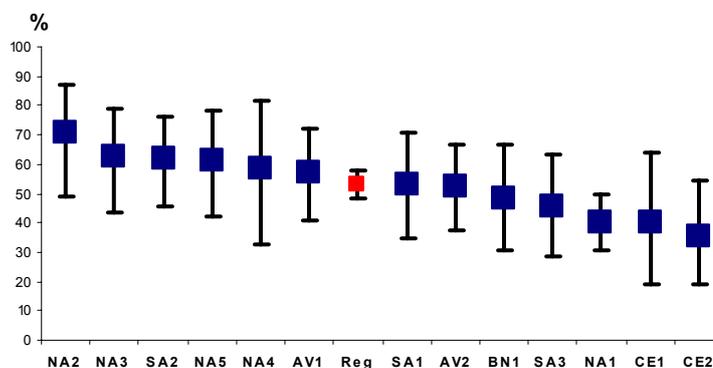
Donne di 50-69 anni che hanno ricevuto lettera d'invito (%)
Regione Campania - PASSI, 2005



N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.

Donne di 50-69 anni cui è stato consigliato di eseguire una mammografia (%)
Regione Campania - PASSI, 2005



N.B.: Il valore della ASL NA1 è calcolato su un campione allargato

Conclusioni e raccomandazioni

Al momento è attivo, anche se in fase di sviluppo, un programma regionale ed aziendale di offerta attiva. L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dall'51% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 30% l'ha effettuato entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di investire in programmi di offerta attiva della mammografia, analogamente a quanto avviene col pap test: i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi). I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto?

- In Regione Campania il 9.5% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 5.9% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.

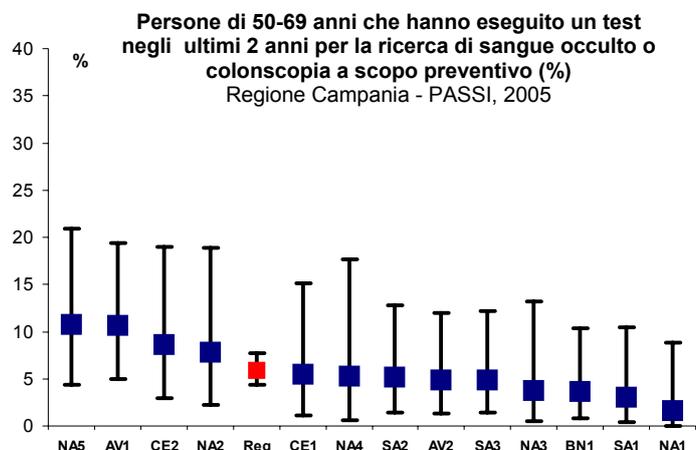
| Screening cancro colon retto (≥50 anni) Regione Campania – Passi, 2005 | |
|---|---|
| Caratteristiche demografiche | Esecuzione di un test* per motivi preventivi |
| Totale | 9.5 (IC95%:7.7-11.7) |
| Età | |
| 50 - 59 | 6.4 |
| 60 - 69 | 13.4 |
| Sesso[^] | |
| uomini | 11.8 |
| donne | 7.2 |
| Istruzione^{**} | |
| bassa | 8.8 |
| alta | 11.0 |

* sangue occulto o sigmoidoscopia

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative

- Tra le 13 ASL della Regione con campionamento rappresentativo, la ASL NA5 ha testato l'11% delle persone negli ultimi due anni; tra le altre Aziende non emergono differenze rispetto al riferimento regionale.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia ed il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 in Regione Campania prevede un programma pilota per l'attivazione sperimentale dello screening mediante la ricerca del sangue occulto nelle feci. Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio e a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Tabella riassuntiva risultati studio PASSI (di 123 ASL, non pesati)

| Descrizione del campione aziendale | Stima REGIONE | ASL partecipanti allo studio |
|------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| età media | 42.8 anni | 43.9 anni |
| donne, % | 51 | 51.6 |
| titolo di studio, % | | |
| <i>laurea</i> | 11 | 11,2 |
| <i>media superiore</i> | 42 | 40,4 |
| <i>media inferiore</i> | 30 | 30,5 |
| <i>elementare</i> | 15 | 16,0 |
| <i>nessuno</i> | 2 | 1,3 |
| livello di istruzione*, % | | |
| <i>alto</i> | 53 | 51,6 |
| stato civile, % | | |
| <i>coniugati/conviventi</i> | 69 | 66,2 |
| <i>celibi/nubili</i> | 27 | 27,4 |
| <i>vedovi/e</i> | 3 | 2,9 |
| <i>separati/divorziati</i> | 2 | 3,5 |
| lavoro regolare**, % | 53 | 62,5 |

* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**campione compreso tra 18 e 65 anni

| Percezione dello stato di salute | Stima REGIONE (%,gg) | ASL partecipanti allo studio (%,gg) |
|---|----------------------------|--|
| salute molto-buona/buona, % | 61,6 | 63,5 |
| giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese) | 2,8 | 3,3 |
| giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese) | 3,0 | 3,2 |
| giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese) | 1,9 | 1,6 |

| Attività fisica | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|-------------------------|-------------------------------------|
| adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico | 30,3 | 18,5 |
| popolazione completamente sedentaria ^{^^} | 40,3 | 23,3 |
| consigli dei medici: ^{^^^} | | |
| <i>chiesto sull'attività fisica</i> | 34,7 | 38,2 |
| <i>consigliato di fare attività fisica</i> | 34,9 | 40,1 |
| <i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i> | 9,2 | 11,0 |
| <i>verificato andamento in altre visite</i> | 9,1 | 9,9 |
| <i>ricevuto consigli completi</i> | 7,2 | 7,4 |

[^]30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

^{^^}chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

^{^^^}consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

| Abitudine al fumo | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---|--------------------------|---|
| fumatori* | 28 | 26,5 |
| uomini | 34,3 | 31,5 |
| donne | 22,1 | 21,7 |
| ex fumatori** | 14,2 | 19,7 |
| non fumatori*** | 57,5 | 53,9 |
| come hanno smesso gli ex fumatori: | | |
| da solo | 92,2 | 94,2 |
| aiuto del medico | 2,8 | 1,8 |
| consigli dei medici: | | |
| chiesto se fuma | 41,2 | 38,6 |
| a fumatori | 68,7 | 64,9 |
| consigliato di smettere di fumare (a fumatori) | 62,5 | 62,2 |
| permesso di fumare in ambiente domestico: | | |
| non permesso | 39,1 | 37,0 |
| nessuno fuma | 18,8 | 25,4 |
| rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora): | | |
| sempre | 48,2 | 57,6 |
| a volte/mai | 19 | 15,5 |

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.

**più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

***meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

| Abitudini alimentari | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---|--------------------------|---|
| frutta e verdura almeno 1 volta al giorno | 88,1 | 90,8 |
| conosce il 5 a day [^] | 64,2 | 55,8 |
| 5 porzioni di frutta e verdura al giorno | 10,6 | 13,3 |
| da chi ne hanno sentito parlare: | | |
| mass media | 49,9 | 45,4 |
| medico | 26,3 | 18,5 |
| campagne informative | 9,7 | 12,1 |

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

| Consumo di alcol | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---|--------------------------|---|
| bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇] | 46,8 | 63,8 |
| bevitori fuoripasto ^{◇◇} | 5,8 | 12,4 |
| bevitori binge ^{◇◇◇} | 4,6 | 8,0 |
| forti bevitori ^{◇◇◇◇} | 3,2 | 5,5 |
| chiesto dal medico sul consumo | 12,7 | 14,4 |

◇una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

◇◇in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

◇◇◇nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

◇◇◇◇più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

| Sicurezza stradale | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| cintura anteriore sempre | 76,2 | 83,0 |
| cintura posteriore sempre | 10,5 | 19,7 |
| casco sempre [#] | 71,1 | 88,1 |
| guida in stato di ebbrezza ^{##} | 5,8 | 10,6 |
| trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###} | 7,0 | 12,0 |

[#]calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

^{##}aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

^{###}nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

| Vaccinazione antinfluenzale | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| vaccinati 18-69 anni | 18 | 15,3 |
| vaccinati ≥ 65 | 61 | 51,2 |
| vaccinati <65 con almeno una patologia | 35,2 | 27,9 |

| Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni) | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| vaccinate | 16,6 | 30,6 |
| hanno eseguito rubeotest* | 34,5 | 40,6 |
| Immune** | 38,4 | 52,6 |

* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

** % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

| Ipertensione arteriosa | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| misurazione P.A. negli ultimi 2 anni | 76,7 | 81,4 |
| Ipertesi* | 24,7 | 22,6 |
| come viene trattata l'ipertensione: | | |
| <i>trattamento farmacologico</i> | 71 | 69,1 |
| <i>riduzione consumo di sale</i> | 72 | 71,0 |
| <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i> | 34 | 37,4 |
| <i>svolgimento di attività fisica regolare</i> | 23 | 34,6 |

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

| Colesterolemia | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| misurazione colesterolo almeno una volta | 77 | 79,3 |
| Ipercolesterolemici [^] | 15 | 24,7 |
| come viene trattata l'ipercolesterolemia: | | |
| <i>trattamento farmacologico</i> | 27 | 24,3 |
| <i>riduzione consumo di carne e formaggi</i> | 79 | 76,6 |
| <i>aumento consumo di frutta e verdura</i> | 63 | 57,8 |
| <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i> | 42 | 41,6 |
| <i>svolgimento di attività fisica regolare</i> | 28 | 39,0 |

[^] sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

| Situazione nutrizionale | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| popolazione con eccesso ponderale | 50,2 | 43,6 |
| <i>sovrappeso</i> | 38 | 32,5 |
| <i>obeso</i> | 12,3 | 10,8 |
| come viene trattato l'eccesso ponderale: | | |
| <i>dieta</i> | 25,1 | 28,0 |
| <i>svolgimento di attività fisica</i> | 17,7 | 22,7 |

| Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni) | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---|--------------------------|---|
| popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#] | 9,9 | 9,0 |

[#] coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

| Screening neoplasia del collo dell'utero[^] (donne 25 - 64 anni) | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| eseguito almeno un pap test | 61,7 | 78,4 |
| ultimo pap test eseguito da non più di tre anni | 49,2 | 69,7 |
| viene consigliato pap test periodico | 63,3 | 70,1 |
| ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl | 35,9 | 56,0 |
| ultimo pap test è stato eseguito per | | |
| <i>invito attivo dell'ASL</i> | 6,3 | 24,6 |
| <i>consiglio medico</i> | 28,0 | 30,6 |
| <i>propria iniziativa</i> | 26,2 | 43,6 |

[^]eseguito a scopo preventivo

| Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇} | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|--|--------------------------|---|
| eseguita almeno una mammografia | 50,2 | 74,9 |
| ultima mammografia eseguita da non più di due anni | 30,1 | 56,7 |
| viene consigliata mammografia periodica | 53,1 | 65,7 |
| ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl | 34,7 | 57,6 |
| ultima mammografia è stata eseguita per <i>invito attivo dell'ASL</i> | 10,3 | 38,7 |
| <i>consiglio medico</i> | 19,9 | 28,6 |
| <i>propria iniziativa</i> | 18,9 | 32,0 |

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

| Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)[#] | Stima REGIONE (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---|--------------------------|---|
| eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta | 9,5 | 14,0 |
| eseguito negli ultimi due anni | 5,9 | 8,3 |

[#]eseguita a scopo preventivo

Bibliografia

- CDC: The Behavioural Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

Salute e qualità di vita percepita

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alcol

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005,
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93

Screening oncologici

- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)